

Les examens des fœtus et nouveau-nés depuis 30 années à l'Institut de médecine légale de Genève

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Rina TADMOR

de

Tel-Aviv (Israël)

Thèse N° 2472

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut de Médecine légale

FACULTÉ DE MÉDECINE
Prof. F. NAVILLE

Les examens des fœtus et nouveau-nés depuis 30 années à l'Institut de médecine légale de Genève

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

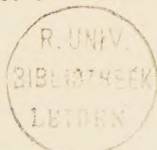
par

Rina TADMOR

de

Tel-Aviv (Israël)

Thèse N° 2472



GENÈVE
ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE
1957

*La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur
F. Naville, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre
par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 23 février 1957.

Le doyen :

Eric MARTIN

Thèse N° 2472

Que le professeur F. Naville reçoive nos vifs remerciements pour les conseils qu'il nous a prodigués et pour l'accueil toujours si bienveillant qu'il nous a réservé dans son Institut.

A MON PERE,

A MA TANTE,

A MON MARI.

TABLE DES MATIERES

1.	Introduction	
2.	Groupe I. Foetus non viables de 6 mois et au-dessous	page 12
3.	Groupe II. Foetus entre 6 et 8 mois	" 13
4.	Groupe III. Foetus près du terme ou à terme n'ayant pas respiré	" 15
	a) Morts naturelles	
	b) Morts suspectes de violences involontaires ou volontaires	
	c) Morts par violences volontaires avérées	
5.	Groupe IV. Enfants près du terme ou à terme ayant respiré moins de 8 jours	" 19
	a) Morts naturelles	
	b) Morts suspectes de violences involontaires ou volontaires	
	c) Morts par violences volontaires avérées	
6.	Groupe V. Enfants ayant respiré plus de 8 jours et jusqu'à 1 an	" 28
	a) Morts naturelles	
	b) Morts suspectes de violences involontaires ou volontaires	
	c) Morts par violences volontaires avérées	
7.	Résumé et conclusions	" 32
8.	Bibliographie	" 33



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I N T R O D U C T I O N

La terminologie appliquée aux différentes périodes autour de la naissance est souvent peu claire, et diffère selon les auteurs. Voici celle que nous avons choisie.

Nous parlerons de mort prénatale ou anténatale si le fœtus est mort in utéro avant le déclenchement de l'accouchement.

Nous appellerons la mort intranatale si elle s'est produite au cours même de l'expulsion.

Les morts appelées néonatales sont celles qui surviennent peu d'heures après l'accouchement. On appelle périnatales les morts qui se produisent dans les premiers jours.

Pfaundler propose le 3^e jour comme limite de la période périnatale, parce que à partir de ce moment la mortalité est en nette régression. Benner limite aux 2^e - 4^e jours la période périnatale quant aux décès dus aux infections congénitales. D'autres auteurs proposent les 5 premiers jours. Wallgreen et Gold élargissent le terme et pour eux la période de mort périnatale s'étend jusqu'aux enfants de moins de 7 jours.

Dans la période prénatale, l'anoxie est une des principales causes de mort; elle peut être due par exemple à un décollement placentaire prématuré, un placenta previa, des barbituriques ou analgésiques qui diminuent l'oxygénation du sang maternel et fœtal, les noeuds du cordon et les circulaires qui obstruent le passage du sang vers le fœtus.

Chez les fœtus âgés de 16 - 18 semaines, on trouve déjà des leucocytes dans l'arbre respiratoire. Leur origine et leur signification sont peu connues. Dans cette période, les infections transmises au fœtus par le sang maternel ou le liquide amniotique sont localisées surtout dans les poumons et les voies digestives.

Les infections bactériennes à staphylocoques et streptocoques restent localisées aux poumons, mais parfois peuvent donner une bactériémie disséminée. On trouve aussi la tuberculose, la syphilis, la brucellose, la malaria et la toxoplasmose.

Les infections à virus sont entr'autres la rubéole, la rougeole, la variole, la varicelle, la poliomyélite antérieure. D'autres causes de mort prénatale sont les malformations et l'érythroblastose.

La mort dans la période intranatale est due surtout

aux traumatismes obstétricaux, qui peuvent être des fractures des os du crâne, des hémorragies intra-craniennes, des ruptures de la tente du cervelet, l'inondation ventriculaire, des fractures de la colonne vertébrale, la rupture de la rate, l'hématome subcapsulaire du foie, les hémorragies des surrénales, la paralysie faciale ou du plexus brachial, la fracture de la clavicule, de l'humérus ou du fémur, etc.

Lors de l'accouchement, les infections sont transmises au fœtus par les germes présents dans le vagin, comme l'oidium albicans et le bacille de Loeffler, ou des virus comme celui de l'herpès, etc. Des lésions oculaires sont causées par le gonocoque, le bacille de Morax - Axenfeld, etc.

L'anoxie néonatale peut être due à une hémorragie intra-cranienne avec compression des centres vitaux, à une obstruction pulmonaire par des membranes hyalines, aux infections, à des malformations cardiaques, à une tumeur comprimant la trachée, etc.

Dans la période néonatale et périnatale, l'infection la plus fréquente est l'omphalite qui peut se compliquer d'une septicémie ou d'un tétanos.

Les malformations constituent une autre cause de mort. Elles peuvent être produites par manque de fusion (bec de lièvre), (gueule de loup, anencéphalie, spina bifida, exomphalus, extrophie de la vessie), par arrêt de division (cyclope, syndactylie). On peut avoir une ectopie rénale, une rotation intestinale insuffisante, une fistule trachéo-oesophagienne, des malformations cardiaques ou pulmonaires, etc.

Les tumeurs qu'on peut rencontrer chez les nouveau-nés sont surtout les hémangiomes, lymphangiomes, naevi-pigmentés, tératomes, rhabdomyomes du coeur, lipomes, kystes pulmonaires, kystes hépatiques, le rein polykystique, la maladie fibro-kystique du pancréas, des neuroblastomes, ganglioneuromes, tumeurs de Wilm (metanéphroblastome), etc.

Dans la période périnatale, en plus des causes de mort déjà mentionnées, figure la prématuration. La majorité des décès par prématuration ont lieu dans les premiers jours. Le fœtus qui a un poids inférieur à 1000 gr., ne peut pas vivre à cause de l'immaturité physiologique, mais en général la prématuration ne crée qu'une disposition à l'action d'autres facteurs pathogènes (Potter, Sorba, Blanc, Rohmer, etc.), et n'est pas la cause même de la mort.

La pneumonose à membranes est une cause très fréquente de mort chez les prématurés et surtout chez les enfants nés par

césarienne. Le tableau clinique est celui d'un enfant qui a respiré spontanément immédiatement après sa naissance, mais qui dans les heures qui suivent présente une cyanose progressive avec de la dyspnée, un tirage et un cornage sous-costal comme s'il s'efforçait de respirer malgré l'obstruction pulmonaire. Le plus souvent l'enfant meurt. S'il survit plus de 48 h., une pneumonie se produira presque sûrement. A l'autopsie, les poumons sont d'une couleur rouge foncé et ont la taille d'un poumon qui a respiré. La consistance est hépatique, et une fois placés dans l'eau ils plongent.

L'examen histologique montre un poumon d'où l'air a été résorbé par les capillaires ectasiés, et un dépôt irrégulier d'une substance acidophile homogène le long des parois alvéolaires.

Pour Arey et Dent la lésion responsable serait une altération vasculaire dans le territoire pulmonaire. Farber et Wilson pensent que le liquide amniotique reste plaqué contre la paroi des alvéoles. Lelong, Laumonier et Tan-Vinh, exposent les diverses théories, et pensent que les membranes seraient le produit d'une exsudation inflammatoire intense due à l'asphyxie.

Chez les nouveau-nés, la mort est due surtout à la prématuration et aux malformations. A partir du 8^e jour, c'est l'infection pulmonaire (pneumonie) qui est la cause de mort la plus fréquente.

D'autres facteurs peuvent être en cause, par exemple l'état de nutrition et de santé de la mère, la situation socio-économique, chose qui fut malheureusement longtemps négligée (Gold, Turpin, etc.).

L'appréciation de la fréquence et de l'importance de chacune des causes de mort, varie suivant les auteurs (Cruickheuk, Wallgreen, Mac Gregor, Hammond, Smith, Rohmer, etc.).

Tout ce qui vient d'être mentionné peut être attribué à une mort naturelle, à des dystocies, à des traumatismes obstétricaux involontaires à des accouchements par surprise, ou à une omission de soins.

Parmi les violences volontaires auxquelles il faut penser, figurent le meurtre par commission ou omission volontaire de soins. En droit pénal Suisse le délit d'infanticide ne concerne que le meurtre de l'enfant par sa mère pendant l'accouchement ou tant qu'elle est sous l'influence de l'état puerpéral.

Les moyens utilisés sont en général l'omission volontaire des soins (absence de nourriture ou de ligature du cordon, exposition au froid,

etc.), la strangulation, l'étouffement, la mise de corps étrangers dans la bouche, la noyade, les empoisonnements, la projection du corps, des blessures par coups ou instruments, etc.)

METHODES D'EXAMENS

En présence d'un enfant mort, le médecin doit déterminer:

- a) si l'enfant est mort avant le début de l'accouchement (mort prénatale)
- b) s'il est mort pendant l'accouchement (mort intranatale)
- c) s'il est mort d'une maladie peu après l'accouchement (mort néonatale) ou tardivement (mort périnatale)
- d) s'il est mort par omission involontaire de soins ou autres violences involontaires
- e) si la mort est due à des lésions volontaires (infanticide ou meurtre).

La viabilité du fœtus commence au 180^e jour. L'âge du fœtus sera surtout déterminé par la taille, la longueur des ongles et des cheveux, le point de Béclard, les alvéoles dentaires, le diamètre bi-pariétal, etc.

La longueur du cordon et l'état du placenta seront également considérés.

L'examen extérieur doit préciser si le cordon est sectionné ou non, ligaturé ou non, s'il y a une bosse séro-sanguine (ce qui prouve un passage un peu difficile peu conciliable avec l'hypothèse d'une expulsion rapide par surprise), si l'ombilic est cicatrisé, si l'enfant présente des traces de violences, etc.

Les travaux des Professeurs E. Martin et F. Naville ont montré l'intérêt qu'il peut y avoir parfois à obtenir sans autopsie des preuves de la respiration. (Ponction des plèvres sous l'eau, qui fait sortir une bulle d'air par la bouche si l'enfant a respiré; ponction qui montre une pression négative dans un tube disposé ad hoc; ponction des tympans sous l'eau; ponction des poumons avec un trocart pour voir s'il y a de l'air dans les fragments retirés, etc.)

La radio d'un poumon qui a respiré donne une image claire, tandis qu'elle est plus foncée s'il n'a pas respiré (Vasilis et Meller, Fabre, Jarricot, von Giso Nolte).

L'autopsie d'un nouveau-né comporte, après l'ouverture des cavités thoraco-abdominales, la ligature immédiate de l'estomac au cardia et au pylore, et son ouverture sous l'eau pour voir si une bulle d'air s'en échappe. On peut aussi examiner les qualités de la salive

dans l'estomac, qui prouve parfois qu'il y a eu vie extra-utérine (Souza Diniz).

On précise la situation du méconium, qui est d'abord réparti dans tout l'intestin mais se trouve seulement dans le colon près du terme. Puis on examine les viscères et le cerveau, et fait les examens complémentaires (histologie, bactériologie, chimie).

L'examen des poumons est le plus important. Si l'enfant n'a pas respiré, les poumons sont petits, d'une couleur rouge foncé uniforme à la surface et à la coupe, et plongent dans l'eau (densité 1030). S'il y a doute, on les place dans des solutions salines de 1010, 1020 ou 1030.

A moins de 1030 il y a soupçon d'aération, ce qui peut du reste provenir d'une respiration naturelle, d'insufflation ou de putréfaction.

Si les poumons ont bien respiré, ils ont une surface et un tissu d'une couleur rosée irrégulière, occupent toute la cavité pleurale jusque sous le sternum, et surnagent nettement. Il peut y avoir des fragments qui plongent, par pneumonie par exemple. Un poumon bien aéré continue à surnager même si l'on a cherché à en expulser tout l'air par compression.

L'écrasement d'un petit fragment pulmonaire entre deux lames montrera à la loupe s'il y a de multiples petites bulles d'air emprisonnées dans les alvéoles. L'air de putréfaction est au contraire dans la charpente conjonctive ou sous la plèvre. Les airs de respiration et de putréfaction ont des compositions chimiques différentes.

Les microbes de putréfaction du poumon peuvent permettre de dire si un enfant a été nourri ou pas, s'il a respiré ou non.

Le microscope montrera si les alvéoles ou les bronches sont dépliées et contiennent du méconium ou d'autres corps étrangers.

Le volume et le poids absolu des poumons varient et n'indiquent rien de précis sur le fait que l'enfant a vécu ou non. Différents procédés permettent de mesurer approximativement la quantité d'air contenu dans un poumon (dissolution dans la potasse caustique).

Des dosages du fer peuvent être faits dans le foie et les poumons, et la comparaison des taux montre si l'enfant a respiré ou pas. L'examen histologique permettra de dire si un enfant était frais ou non quand il a été brûlé. Rappelons qu'un enfant peut avoir respiré in utéro et mourir peu après de maladie prénatale ou des suites d'un accouchement difficile.

Nous allons maintenant donner les résultats de l'étude que nous avons faite des dossiers de l'Institut de Médecine Légale de Genève pour les années 1926 - 1956. Il s'agit de 155 cas de foetus et nouveau-nés que nous avons groupés selon le plan indiqué en tête de notre étude.

GROUPE I. FOETUS NON VIABLES DE 6 MOIS ET AU-DESSOUS

Ce groupe contient 46 cas au total, 23 cas masculins et 21 cas féminins.

Le foetus le plus jeune est âgé de 3 mois; son sexe n'était pas reconnaissable à cause de son état de putréfaction très avancé (6951/45).

On trouve ensuite un foetus de 13 $\frac{1}{2}$ cm, puis un autre de 16 cm, 17 et ainsi de suite jusqu'à 30 cm.

La majorité de ces foetus a été trouvée dans l'eau où ils avaient fait un séjour plus ou moins prolongé, de 24 h. jusqu'à 1 mois. Les autres ont été trouvés à des endroits divers (4783/27, 4967/29, 5119/30, 5490/33, 5541/31, 5745/36, 5761/36, 6330/41, 6458/42, 6770/44, 6935/45, 7018/46, 7025/46, 7117/46, 7288/47, 7692/49, 7913/51, 8529/54).

L'état de putréfaction avancé n'a souvent pas permis de faire des examens précis (5032/29, 5554/34, 5914/37, 5996/38, 6027/38, 6137/39, 6237/40, 6258/40, 6317/41, 6368/41, 6960/45, 7543/49, 7932/51, 7961/51, 8113/52, 8199/52, 8335/53, 8400/53, 8535/54).

Certains foetus proviennent d'avortements (5884/37, 5887/37, 6063/38, 6718/44, 7787/50, 7800/50). Il n'y a qu'un produit de fausse-couche (6951/45).

Certains d'entre eux semblent avoir peu respiré, ils n'étaient cependant pas viables à cause de la prématuration. Dans quelques cas on a pu examiner les placentas.

Un des foetus (6232/40) était un anencéphale féminin de 5 $\frac{1}{2}$ mois, mesurant 28 cm. et pesant 750 gr., qui présentait une tumeur à contenu liquidien et hémorragique dans la région occipitale. Une collerette de cheveux faisait le tour de la poche et se prolongeait dans la région dorsale. Il n'y avait pas de front; la tête enfoncée dans les épaules prolongeait le thorax sans dessiner le cou. Les oreilles pliées en deux, bas placées, se trouvaient proches des épaules.

GROUPE II. FOETUS ENTRE 6 ET 8 MOIS

Dans ce groupe il y a 35 cas, 50% masculins et 50% féminins. La taille varie entre 31 et 42 cm. Le nombre des foetus qui ont respiré est assez élevé.

Comme causes de mort, il y a des avortements (4963/29, 7798/50, 7822/50), deux fausses-couches (5105/30, 7443/48), trois cas morts-nés de cause naturelle (6455/42, 6799/44, 7514/48) et beaucoup d'autres dont la cause de mort est souvent difficile à déterminer qui ont été trouvés dans différents endroits, le plus souvent dans l'eau (5050/29, 5096/30, 5133/30, 5155/30, 5209/31, 5545/34, 5566/34, 5932/37, 6298/40, 6479/42, 7082/46, 7817/50, 8273/53), dans des égouts, des promenades, des W.C., etc. (4785/27, 4885/28, 5110/30, 5362/32, 5487/33, 5630/35, 5962/38, 6088/39, 7579/49, 7603/49).

Nous donnerons quelques détails sur les 4 cas suivants:

Cas 5962/38: (asphyxie et hémorragie méningée)

Enfant prématuré de 7 mois environ (36 cm) présentant un oedème diffus de la moitié inférieure du corps. On trouve une grosse hémorragie des méninges, probablement due à l'asphyxie du foetus en cours d'accouchement. A ce moment l'enfant a pu faire quelques petits mouvements respiratoires, mais il n'a pu survivre à l'hémorragie cérébrale (inondation ventriculaire et hémorragie du cervelet). L'examen microscopique des poumons confirme que de nombreuses zones des poumons ont respiré. Il y a des taches hémorragiques de Tardieu sur les deux plèvres.

Les deux reins sont volumineux, présentent une congestion des pyramides, avec de petites hémorragies microscopiques.

Cas 3. XII. 1956: (rupture de la tente du cervelet)

Foetus mâle de 7 mois (35 cm), mort-né, montrant un très gros oedème et cyanose des membres inférieurs, un oedème des parois du ventre (présentation du siège), du sang dans les plèvres. Rupture de la tente du cervelet avec hémorragies. Hémorragies sur les circonvolutions de la convexité.

Les poumons n'avaient pas du tout respiré. Le fait que le méconium était presque totalement expulsé de l'intestin fait penser que l'enfant a déjà souffert ou était déjà mort dans la matrice.

Les coupes histologiques montrent une image normale des organes et du placenta.

Cas 4963/29: (tentative d'avortement avec embryotomie et perforation de la matrice).

Le corps utérin, de la taille d'une grande orange, vidé de son contenu, a été enlevé par laparotomie à la maternité. Il présentait à sa partie postérieure une plaie circulaire irrégulière de 7 cm. Le foetus avait pénétré par là dans la cavité utérine. Il s'agit d'un foetus de 6 $\frac{1}{2}$ mois, masculin, 37 $\frac{1}{2}$ cm. qui n'a plus ni bras, ni épaules, ni organes thoraciques et abdominaux. La colonne vertébrale est mise à nu. Il ne reste que quelques fragments de côtes. La peau de la région du cou est franchement sectionnée par endroits; quelques muscles ont été arrachés ainsi que des paquets nerveux. Le pénis a été arraché également, comme la peau du bassin qui retombe en lambeaux. Il y a encore deux petits traits d'incision à bords très nets sur la cuisse droite. Le médecin, gravement fautif d'avoir essayé d'interrompre une grossesse aussi avancée par voie vaginale et sans justification, a été condamné à plusieurs années de prison.

Cas 24. II. 1947: (coup de feu dans le ventre)

Vers le 7^e ou 8^e mois d'une grossesse non avouée, une jeune fille fut prise de l'impulsion subite de se tirer un coup de fusil de chasse dans le ventre pour mettre ainsi fin à ses tourments.

La balle avait perforé la matrice, déchiré le cordon et traversé le bras gauche de l'enfant, causant des suffusions sanguines dans les deux plèvres. Puis elle s'est logée dans ou près de la paroi du ventre de la mère sans causer de lésions à aucun autre viscère, ni de péritonite.

La blessure du cordon par la balle a provoqué une hémorragie suivie, après plusieurs jours, de l'accouchement prématuré d'un enfant féminin macéré de 8 mois et de 1250 gr.

Nous n'avons trouvé qu'un cas semblable dans la bibliographie, publié par le prof. Hiess dans un récent symposium Ciba, comme le souvenir le plus impressionnant de sa carrière:

Une jeune fille a cherché à éliminer sa grossesse en se tirant un coup de feu dans le ventre. Plusieurs radiographies ont montré que la balle s'était logée au milieu du crâne du foetus. On ne percevait ni bruits du coeur ni mouvements de l'enfant. La laparotomie pratiquée immédiatement n'a montré qu'une lésion utérine minime et une perforation du placenta.

GROUPE III. FOETUS PRES DU TERME OU A TERME N'AYANT PAS RESPIRE

Dans cette catégorie qui compte 35 cas, l'enfant est considéré comme viable. Nous avons cherché à classer ces cas selon qu'il s'agissait de morts naturelles, de morts suspectes ou par violences volontaires.

a) Morts naturelles

Ce sont des enfants dont le médecin présent à l'accouchement n'a pu que constater qu'ils étaient nés morts, ou des enfants trouvés dont l'autopsie a montré qu'ils étaient morts-nés par maladie ou malformations ou tout au moins qu'aucune cause extérieure ne pouvait être invoquée dans leur décès.

Dans les cas 5973/38, et 5926/37 des circulaires ou des cordons trop longs ont probablement joué un rôle.

Voici quelques détails sur les deux cas suivants:

Cas 7893/51: (hémorragies prénatales)

Il s'agit d'un enfant masculin, né à terme et bien constitué. Les poumons montraient une surface marbrée avec des plaques cyanosées à la base et quelques adhérences fibreuses sur les parties latérales. La docimasie était positive, et l'examen microscopique montrait des alvéoles dépliées avec un peu d'œdème et de desquamation. L'air que l'on a constaté dans les poumons (mais qui manquait dans l'estomac) provenait d'une insufflation artificielle.

En outre, l'estomac était rempli d'une gelée verdâtre; il y avait une hémorragie diffuse dans l'écorce des reins, les méninges, le foie et surtout dans la médullaire des surrénales. Dans cette dernière il y avait de petits amas de mononucléaires faisant penser à une infection déjà ancienne de la glande.

Cas 6342/41: (malformations pulmonaires)

Cet enfant féminin, de 43 cm et 1960 gr., présentait des téguments violacés sans trace de violences. Le placenta pesait 310 gr. et mesurait 17 x 12 x 2½ cm, avec un cordon de 27 cm, ligaturé et normal.

Au niveau du cerveau on voit quelques pétéchies. Les cavités pleurales contiennent 10 cc de liquide orange. Les poumons très foncés et fermes, présentent quelques taches de Tardieu. La docimasie est franchement négative. Il n'y a pas d'obstacle dans les voies respiratoires. Taches de Tardieu sur le péricarde. Un peu de liquide dans

la cavité abdominale. Stase péritonéale.

L'examen histologique des poumons nous montre des hémorragies sous-pleurales très abondantes ainsi que dans les alvéoles et dans quelques bronches qui sont légèrement dépliées. Une coupe montre un gros bloc qui paraît être constitué par du tissu conjonctif pauvre en cellules et dans lequel on voit quelques capillaires à parois très minces; les fibres conjonctives sont ondulées et parsemées de grosses cellules qui par endroits forment comme une tumeur. Elles sont polygonales, ont un noyau clair et irrégulier avec des granulations colorées.

En résumé il s'agit d'un prématuré de 8 $\frac{1}{2}$ mois avec un cordon court et un placenta petit (300 gr). Il n'y avait de l'air que dans les bronches et l'estomac, mais pas dans le tissu pulmonaire. L'examen microscopique montre que les hémorragies du poumon dépassent ce qu'aurait produit une simple asphyxie chez un enfant bien constitué, et il y a en outre des zones de tissu pulmonaire tout à fait anormales.

Nous pensons donc que l'asphyxie constatée provient d'un état pathologique de l'enfant précédant l'accouchement.

b) Morts suspectes de violences involontaires ou volontaires

Nous n'avons trouvé aucun cas net de mort par traumatismes obstétricaux.

Nous placerons dans ce groupe les enfants ayant simplement manqué de soins (absence de section ou de ligature du cordon, absence d'aspiration de mucosités encombrant les voies respiratoires) (5031/29, 5104/30, 5141/30).

Des cas d'accouchement par surprise trouveraient leur place ici, mais nous n'en avons aucun de fœtus n'ayant pas respiré, et nous traiterons ce problème dans le groupe suivant.

La noyade d'un enfant qui n'a pas encore respiré est considérée comme chose extrêmement rare par Dérobert (Ann. méd. lég. sept. 1956, p. 273). Nous croyons savoir que l'Institut de Médecine Légale de Zurich n'en a observé qu'un seul cas au cours de nombreuses années.

Nous nous demandons si elle n'est pas plus fréquente qu'on ne le croit, qu'il s'agisse d'accouchement par surprise ou de noyade volontaire.

Plusieurs cas de notre Institut ont posé le problème, qui est souvent difficile à résoudre.

Un foetus qui respire in utéro une notable quantité de liquide amniotique, peut sans doute montrer à l'autopsie un tableau très difficile à différencier de celui d'une noyade dans un milieu extérieur.

Dérobot (loc-cit) rappelle les expériences qu'ont faites de nombreux médecins légistes dans ce domaine.

c) Morts par violences volontaires avérées

Parmi les infanticides on trouve comme causes principales la submersion (6018/38, 6955/45, 7434/48).

Après un séjour prolongé dans l'eau l'état de putréfaction empêche souvent d'affirmer si l'enfant vivait ou non avant la submersion (5059/29, 5526/34, 5543/34, 6191/39, 6599/43, 7012/46, 7095/46, 7186/47, 7263/47, 7291/47, 7819/50, 7921/51, 8001/51, 8060/54, 7400/48).

Nous notons un cas d'étouffement (6332/41), quelques cas d'étranglement (4806/27, 7935/51), un cas de lésions crâniennes (4809/27), ou d'autres modes de violences volontaires exercées sur l'enfant avant qu'il n'ait respiré.

Voici des détails sur quelques cas:

Cas 4801/27: (déchirure du cordon)

C'est un prématuré de sexe féminin d'environ 8 $\frac{1}{2}$ mois, (taille 44 cm., poids 1900 gr.) dont le cordon est déchiré en deux endroits, incomplètement à 3 cm de son insertion et complètement à 35 cm. Pas de ligature. Les poumons contenaient un peu d'air provenant seulement de putréfaction, puisque histologiquement le parenchyme n'est pas du tout déplissé, si ce n'est par quelques bulles de gaz de putréfaction. Ce prématuré viable ne présente pas d'affection pouvant expliquer la mort. Il ne nous est pas possible de dire si la mort est due à un manque de soins ou à la déchirure volontaire du cordon, ou à une submersion avant respiration car l'enfant a été retiré de l'eau. Une bosse séro-sanguine prouve que l'accouchement a duré un certain temps.

Cas 4664/26: (dépeçage)

On retire du lac et apporte à l'Institut de Médecine Légale un placenta normal entier avec son cordon de 25 cm. et 2 fragments de membres inférieurs sectionnés au tiers moyen de la cuisse. Leurs dimensions et leur structure prouvent qu'il s'agissait d'un enfant de 8 à 9 mois. Les sections ont été faites en partie par un instrument tranchant comme le montrent des déchirures franches du périoste, puis par fractures comme le fait présumer la présence d'esquilles osseuses au fémur. Les deux jambes ne présentent aucune suffusion sanguine dans les masses musculaires ni dans les tissus sous-cutanés, ce qui a fait affirmer que le dépeçage a été fait après la mort.

Et en effet la mère, immédiatement identifiée par une inscription sur le journal qui entourait les 2 jambes et le placenta, et dans la chambre de laquelle on a retrouvé un ciseau ensanglanté, a reconnu avoir d'abord tranché la gorge de l'enfant, puis dépecé le corps le lendemain seulement de l'enfanticide. Comme on n'a pas retrouvé les autres restes de l'enfant, l'absence de constatations sur les organes essentiels à la vie ne nous permet pas de dire si l'enfant était viable et a vécu avant que sa mère ne l'égorge.

GROUPE IV. ENFANTS PRES DU TERME OU A TERME AYANT

RESPIRE MOINS DE 8 JOURS

La limite de 8 jours a été choisie parce qu'elle correspond au laps de temps nécessaire à l'assèchement du cordon ombilical. Nous trouvons 37 enfants de moins de 8 jours parmi lesquels le même nombre de cas masculins que féminins. Leur taille varie entre 45 et 55 cm. Nous les diviserons en fonction des causes de mort.

a) Morts naturelles

Nous n'avons aucun cas de mort qui soit sûrement de cause exclusivement naturelle, mais plusieurs où des causes naturelles paraissent avoir joué un rôle important.

Les déformations d'un nouveau-né peuvent être soit produites pendant la grossesse par compression continue, soit dues au passage (pression sur le promontoir, le pubis, les épines ischiatiques), et il est important de les différencier des suites de manœuvres extérieures involontaires (traumatismes obstétricaux) ou criminelles.

Dans le cas 5485/33, (mort par dystocie) on a constaté, chez un enfant à terme, une tuméfaction du bras gauche et de la partie gauche de la tête, avec des hémorragies au niveau du cou et de la bouche. On n'a pas trouvé de signes certains de violences de cause extérieure, ni d'autres lésions expliquant la mort.

L'examen histologique du poulmon montre que l'enfant a respiré.

On a conclu dans ce cas que les lésions trouvées peuvent n'avoir été provoquées que par un accouchement difficile.

A. Brindeau a décrit un cas d'ecchymoses symétriques en forme d'ailes de papillon au niveau des orbites, chez un foetus né en siège décomplété mode des fesses, où les talons se plaçaient dans l'angle interne de la cavité orbitaire.

Le foetus était vivant au moment de l'accouchement, mais a succombé à la suite du séjour prolongé dans un liquide amniotique infecté.

En voyant ces lésions, on aurait pu penser à des violences pratiquées par la mère pour étouffer son enfant.

Cas 6408/41: (pneumopathie et inanition)

Enfant à terme de sexe masculin, trouvé un matin devant la porte d'une maison; il a respiré et vécu pendant 3-4 jours car le

cordon est partiellement desséché. L'enfant n'a pas été alimenté, et n'a pas expulsé son méconium, il présente plusieurs lésions pathologiques:

- 1) - épanchement péricardique assez abondant
- 2) - les poumons sont rosés et crépitants avec nombreuses plages d'atélectasie. Macroscopiquement la plèvre est un peu épaissie.

On note un épanchement pleural sanguinolent des deux côtés. Les coupes histologiques des poumons montrent des alvéoles bien dépliées, avec un épithélium parfois desquamé qui contient des granulations noires d'hémosidérine. Par place on note des plages de tissu pulmonaire dense et non aéré. La plèvre est oedématisée avec de grosses ectasies sous-pleurales. L'épithélium bronchique est normal, la lumière des bronches est libre et on note une vaso-dilatation péribronchique.

Il s'agit d'une pneumopathie chronique, ancienne, sans processus inflammatoire aigu.

Ces deux éléments, associés à l'inanition, ont sans doute constitué la cause de la mort.

Cas 8965/57: (hémorragies multiples)

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin à terme (taille 52 cm., poids 3150 gr.) et ayant respiré, dont l'accouchement a duré un certain temps, présentant une congestion et des hémorragies réparties dans tous les viscères de façon qui ne paraît pas pouvoir s'expliquer par une simple asphyxie.

Les coupes histologiques des poumons montrent des alvéoles pulmonaires dépliées, une congestion capillaire diffuse et très peu de bronches. Le foie est extrêmement congestionné, de même que les glomérules des reins, le thymus, la rate et les surrénales, et dans ces deux derniers organes il y a en outre de nombreuses hémorragies.

Nous pensons qu'il s'agit bien probablement de mort naturelle par hémorragies dans de nombreux viscères, mais un manque de soins a bien probablement joué un rôle.

b) Morts suspectes de violences involontaires ou volontaires

La principale cause de mort par violences involontaires est l'accouchement par surprise.

P. Robin, dans son étude médico-légale sur les accouchements par surprise, les définit ainsi: "Les accouchements par surprise sont constitués par un ensemble de circonstances qui fait qu'ils surviennent dans des conditions inattendues, dans un lieu peu ordinaire, dans une attitude exceptionnelle, sans assistance médicale".

La surprise peut concerner la mère ou l'entourage, elle peut porter sur les premières phases de l'accouchement ou seulement sur l'expulsion.

Une catégorie à part est l'accouchement dans un état syncopal. Les accidents qui peuvent survenir lors de l'expulsion brusque de l'enfant sont les traumatismes craniens et les fractures du crâne par la chute sur un plan résistant, la rupture du cordon avec hémorragie ombilicale, l'accouchement dans un milieu liquide qui peut conduire à l'asphyxie du nouveau-né, etc.

Si la mère se trouve dans un état syncopal, l'enfant peut périr par omission de soins.

En voici quelques cas:

Cas 4978/29: (accouchement par surprise)

L'accouchement était prévu pour le mois de juin 1929. Dans la nuit du 9 au 10 mai, la femme est réveillée subitement vers 4 h. du matin et ressent le besoin d'aller à selle. En 5-10 minutes elle aurait perdu à la fois ses eaux, l'enfant et le placenta. Après avoir essuyé avec soin l'enfant et l'avoir posé sur un drap, elle aurait observé qu'il ne respirait pas. Elle a pensé qu'il était mort, n'a pas su que faire du cordon et ne l'a pas lié. L'enfant n'aurait pas crié. Elle prétend n'avoir eu en aucune façon un moment de faiblesse ou syncope expliquant une omission de soins.

L'examen montre un enfant à terme qui ne présente aucun signe de violences. Il n'a aucune bosse séro-sanguine. La docimasia pulmonaire et celle de l'estomac sont positives ce qui prouve que l'enfant a respiré. Le cordon est fripé et assez mince. Le placenta qui mesure 16 x 16 cm. est assez sec et n'a qu'une épaisseur de 1,5 - 1,8cm.

En résumé il s'agit d'un accouchement extrêmement précipité. Le cordon mince et fripé évoque l'idée d'une hémorragie par le

cordon.

Cas 1. XI. 1956: (accouchement par surprise)

Le moment présumé de l'accouchement était mi-novembre, mais le soir du 31 octobre, la femme, après son travail et un repas normal, a ressenti une violente douleur de ventre.

La douleur lui a fait perdre connaissance, elle a perdu ses eaux et accouché dans l'obscurité, étant inconsciente; elle n'a pas entendu le cri ni senti les mouvements de l'enfant.

Ce n'est qu'au milieu de la nuit, en reprenant conscience, qu'elle a téléphoné au médecin qui a constaté que l'enfant était mort.

C'est un enfant mâle, à terme, pesant 3000 gr. et mesurant 47 cm. qui ne montre aucune malformation, ni trace de traumatisme. Pas de bosse séro-sanguine. On note à la partie gauche du bas du cou une zone blanche transversale d'une longueur de 5 cm. qui pourrait être une empreinte de cordon dont elle a exactement la largeur. La peau est légèrement cyanosée à la tête, à la poitrine, aux parties génitales et aux jambes.

Le placenta pèse 520 gr., il est normal. Le cordon est assez pâle, long de 65 cm., avec quelques varicosités.

L'autopsie montre un point de Béclard qui confirme que l'enfant a dépassé 8 $\frac{1}{2}$ mois. On ne voit pas de corps étrangers dans la bouche. Le coeur montre deux petites suffusions sanguines à la partie inférieure du sillon interventriculaire. Le trou de Botal est perméable.

Les 2 poumons présentent une surface de couleur très irrégulière, avec des plages rose-clair et violette, et de nombreuses suffusions sanguines. Ils surnagent nettement. La docimasie stomacale est positive. L'intestin grêle est vide; le gros intestin contient dans sa partie transverse une masse claire grumeleuse et pâteuse, jaune-vert, et du méconium dans sa partie descendante.

Toute la surface du cervelet est recouverte d'une méninge remplie de suffusions sanguines qui ont infarci assez profondément l'écorce du cervelet. La même image se trouve au niveau du pôle temporal droit du cerveau.

L'examen microscopique montre des organes normaux. La rate a une pulpe rouge congestionnée, mais non hémorragique. Les poumons ont nettement respiré, sont très congestionnés, montrent de nombreuses micro-hémorragies des alvéoles, dont certaines sont remplies de cellules desquamées et d'un oedème qui se colore en bleu pâle par l'hématoxyline.

En résumé, nous pensons que cet enfant est mort d'une asphyxie qui paraît avoir commencé dans l'utérus, peut-être par étranglement par le cordon ombilical.

Cas 8663/55: (accouchement par surprise)

L'examen d'un enfant qui serait mort noyé dans une cuvette de W.C. à la suite d'un accouchement par surprise, montre qu'il est bien conformé, de 49 cm. et 2450 gr. et présente tous les signes d'un enfant près du terme, sauf le point de Béclard qui est absent. On n'a pas noté de traumatisme externe ayant pu contribuer à la mort. L'absence presque complète de bosse séro-sanguine permet d'admettre que l'accouchement a été rapide.

Les deux poumons surnagent dans l'eau et l'examen microscopique confirme que l'enfant a respiré un peu d'air. La découverte d'un magma graisseux et de cellules épidermiques tapissant les alvéoles montre d'autre part que l'enfant a dû aspirer du liquide amniotique avant sa naissance. On note encore une fibrose péribronchique et pleurale, et un épaississement inhabituel des parois vasculaires.

La présence de petites hémorragies dans les reins, le pancréas et les surrénales, rend probable la mort par asphyxie.

Celle-ci peut être due à l'aspiration de liquide amniotique ou à la noyade, à moins que la fibrose pulmonaire décrite n'ait joué un rôle.

Un autre cas d'accouchement par surprise est le numéro 5380/32.

Cas 6883/45: (chute)

Nouveau-né masculin paraissant à terme (45 cm. 2150 gr.) plutôt petit et maigre.

La mort paraît due à une contusion crânienne et ses suites, y compris une énorme congestion des poumons qui a gêné la respiration de cet enfant qui avait auparavant respiré et était viable. On note aussi une très nette congestion de tous les organes avec hémorragie des surrénales, mais pas d'autre image pathologique.

La mère a prétendu que la contusion provenait d'une chute de l'enfant.

Nous plaçons aussi dans cette catégorie quelques cas où le cordon n'a pas été sectionné après la naissance, ou sectionné et non lié, et où d'autres omissions de soins nécessaires à la survie du nouveau-né ont provoqué la mort (4945/29, 5380/32).

c) Morts par violences volontaires avérées

Les principales causes de mort volontaires sont surtout la strangulation (5943/37, 5306/32, 7160/46), et l'étouffement (5570/34, 4795/27, 6876/45, 7345/47, 7866/51).

La preuve de la noyade est difficile à préciser après un séjour prolongé dans l'eau. Les nouveau-nés étudiés ici ont été trouvés dans différents endroits et souvent l'examen permet seulement de constater s'ils ont respiré, sans que la cause de la mort puisse être précisée. (5612/34, 6393/41, 6557/43, 6571/43, 6739/44, 6755/44, 6923/45, 7124/46, 7297/47, 7887/51, 8442/54, 8565/54).

Parfois des violences (fractures du crâne, plaies par ciseaux) ont été faites à des enfants ayant respiré.

P. Laude décrit les caractères différentiels des fractures du crâne dues à un acte criminel et celles produites après la mort sur des cadavres abandonnés.

Marmetsche cite deux cas d'infanticide par des blessures inhabituelles. Dans le premier cas, elles étaient faites par une épingle à cheveux, et dans le second à l'aide d'une bêche.

Nous ne donnerons des détails que sur les cas suivants:

Cas 5190/30: (étouffement)

Le corps d'un nouveau-né était enseveli au pied d'un peuplier, à quelques dix centimètres de profondeur. La mort paraît remonter à environ une dizaine de jours. L'enfant, féminin, mesure 50 cm. et pèse 2900 gr. Le cordon mesure 70 cm. et est entouré 3 fois autour du cou mais a été coupé à 1 cm. de l'abdomen. Le corps est recouvert de sang coagulé et d'enduit sébacé; on n'y trouve pas de traces de violences extérieures. De petites suffusions sanguines avec oedème sur la face antérieure et sur les côtés de l'épiglotte ont été faites probablement par un doigt. Le coeur est volumineux et plein de sang, flasque, bleuâtre (distension par asphyxie ?).

Les deux poumons ont nettement respiré. La putréfaction (liquéfaction débutante) sans gaz dans les organes n'explique pas l'air constaté dans les poumons.

En résumé, l'enfant a respiré; il a probablement été asphyxié par un doigt mis derrière la langue. Il est difficile de dire si le cordon a été coupé du vivant; en tout cas il n'a pas été ligaturé et l'enfant n'a pas non plus reçu les soins habituels de propreté de la peau.

Cas 5701/35: (noyade ?)

L'examen extérieur montre un enfant à terme, féminin, (3000 gr.; 50 cm.), qui a commencé à respirer, et dont le cordon n'a pas été lié. Pas de lésions extérieures par violences.

Une bosse occipitale prouve que l'accouchement a eu une certaine durée, malgré les dires de la mère qui prétend avoir été surprise par l'accouchement étant aux W.C., et que l'enfant est tombé dans la cuvette où il s'est noyé, et dont elle n'a pas pu le retirer.

Le poumon droit contient un peu d'air (docimasie positive). Il est de consistance charnue, et présente de petits points hémorragiques. Le poumon gauche surnage aussi, et présente au niveau du lobe inférieur une zone charnue, remplie de sérosités jaunâtres. Le foie, de poids augmenté (185 gr.), a un aspect congestionné. Dans le péritoine il y a 30 gr. de liquide brunâtre.

Le contenu crânien ne montre rien de particulier, à part une suffusion sanguine de la base.

L'examen microscopique des poumons montre des alvéoles dépliées dont plusieurs sont remplies de cellules desquamées et d'une substance amorphe éosinophile, ainsi que des globules rouges.

Certaines bronches sont dilatées et remplies de la même substance que les alvéoles. Les coupes paraissent montrer qu'il s'agit d'une congestion avec un oedème pulmonaire qui n'est pas exclusivement dû à la noyade.

En résumé et vu les lésions pulmonaires in utéro qui ont contribué à la mort, nous ne pouvons affirmer que cette dernière est surtout due à la noyade.

Cas 4952/29: (fracture du crâne)

Nouveau-né masculin ayant respiré et vécu 3-4 jours, victime de violences ayant provoqué la fracture des os du crâne et une hémorragie méningée, cause de la mort.

Sur une ligne transversale au niveau du cou, on trouve aussi de petites excoriations brunâtres entourées d'une desquamation épidermique. Ces lésions ont été assez profondes pour provoquer une forte suffusion sanguine dans les muscles et autour du larynx.

Cas 5162/30: (blessures par ciseaux)

Nouveau-né à terme, bien constitué, ayant respiré mais ne paraissant pas avoir vécu longtemps après la naissance, présentant de nombreuses plaies faites probablement à coups de ciseaux pendant la

vie. Il y a 2 plaies pénétrantes près de la suture temporo-pariétale droite, par où sort un peu de matière cérébrale. Peu de suffusions hémorragiques autour. Il y a une grande plaie latérale gauche du cou, qui pénètre assez profondément dans la direction du rachis.

Cas 5234/31: (plaies par ciseaux)

Nouveau-né à terme, masculin, présentant plusieurs blessures au cou, qui paraissent avoir été faites par des ciseaux.

On note dans la région de la carotide gauche une plaie transversale de $3 \frac{1}{2}$ cm., et une autre de 13 mm. derrière la nuque droite. Plusieurs suffusions sanguines dans la musculature du cou.

Les poumons ont un aspect aéré et surnagent. On voit des taches de Tardieu sur les plèvres des deux poumons et au niveau du péricarde.

Cas 8317/53: (fracture de la colonne)

Fœtus féminin bien constitué, taille de 52 cm. poids de 3650 gr. Le cordon est coupé mais non lié. Le bras droit a été arraché au niveau du cartilage de conjugaison supérieur de l'humérus. On note une blessure à un travers de doigt au-dessous du pli inguinal droit. Dans le dos, il y a 2 blessures. Fracture de la colonne lombaire. On constate une hémorragie sous la tente du cervelet. La docimasie des poumons et de l'estomac est positive.

On peut affirmer que cet enfant a été blessé volontairement; l'hémorragie de la tente du cervelet date-t-elle de l'accouchement ?.

Cas 5529/34: (combustion)

Nouveau-né féminin, paraissant à terme, trouvé dans un fourneau de chauffage d'immeuble dans un état de carbonisation très avancé. Le cadavre est enveloppé de papier carbonisé. Le corps est presque méconnaissable, les deux bras et la jambe gauche manquent totalement. De la jambe droite il ne reste plus que la cuisse. Le crâne est éclaté et incomplet. La paroi antérieure du thorax a été détruite. Les dimensions vertex-pubis (32 cm), vertex-siège ($36 \frac{1}{2}$ cm), la présence du point de Béclard, les dimensions du crâne et la longueur des cheveux montrent que l'enfant est à terme. L'état de carbonisation rend absolument impossible de voir les traces éventuelles d'autres violences ayant pu causer la mort.

L'autopsie montre, dans le crâne ouvert, un cerveau durci par la cuisson. Dans la région du dos, la peau est relativement peu altérée, ainsi que les viscères. Dans la partie antérieure du ventre, la peau et les viscères sont carbonisés. Les intestins remplis de méconium montrent que l'enfant n'a en tout cas pas vécu plus de quelques jours.

Les poumons sont entourés d'une carapace carbonisée, mais les parties plus profondes ont l'aspect spongieux d'un poumon qui a respiré. L'examen microscopique montre des alvéoles dépliées dans la plus grande partie du poumon, ainsi que des hémorragies abondantes dans tout le parenchyme et sous les plèvres. On doit se demander si elles proviennent de lésions hémorragiques existant déjà dans les poumons au moment de la combustion; il semble que les hémorragies constatées dépassent beaucoup ce que l'on voit habituellement chez les enfants morts asphyxiés par étranglement ou étouffement. On n'a pas trouvé de maladie expliquant un pareil état hémorragique.

Le foie et les poumons se sont extrêmement bien colorés, ce qui rend improbable que l'enfant ait été brûlé longtemps après sa mort, comme ses parents l'affirment.

Dans un travail sur la question "fausses couches ou infanticides", Quinet et Dumont citent le cas d'un enfant brûlé dans un potager de cuisine. Des fragments d'os et un fémur entier ont été retrouvés 10 jours après, ainsi qu'un placenta putréfié. Ils ne disent pas si l'enfant a été brûlé vivant ou non.

Foerster a fait des études de cas humains et expérimentaux de combustion avec recherches microscopiques des alvéoles pulmonaires.

Il a observé une destruction diffuse très avancée du réseau élastique avec épaississement des parois alvéolaires, des zones d'atélectasie et d'emphysème, ainsi que des hémorragies intra-alvéolaires. La combustion post mortem produit les mêmes lésions, mais par régions seulement.

Les cas de brûlures sont bien connus dans la littérature; il s'agit presque toujours d'un moyen de se débarrasser du corps ou d'un fragment du cadavre après dépeçage.

Dans la bibliographie nous n'avons trouvé aucun cas d'enfant brûlé vivant.

GROUPE V. ENFANTS AYANT RESPIRE PLUS DE 8 JOURS ET JUSQU'A 1 AN

Nous groupons ici des enfants morts depuis le 8^e jour et jusqu'à la fin de la première année.

Nous classerons nos 6 cas de la même façon que dans les groupes précédents.

a) Morts naturelles

Les morts subites de l'enfant sont dues le plus souvent à des pneumopathies (pneumonie interstitielle, bronchiolite capillaire, bronchopneumonie, etc.), mais qui donnent en général des symptômes avant l'exitus. Elles peuvent être dues à des affections digestives ou à des entérites. Il faut aussi penser à des obstacles sur les voies respiratoires (corps étrangers ou autres causes). Il est classique de citer le status thymo-lymphatique. Les encéphalites ou méningites peuvent être en cause.

Nous n'avons pas la prétention de citer ici toutes les causes dont un enfant peut mourir dans sa première année. Nous nous bornerons à rappeler ici 3 cas dont la mort, considérée comme suspecte, a motivé une autopsie médico-légale.

Cas 6189/39: (pneumopathie)

C'est un enfant mâle de 58 cm. et 4100 gr., chétif, maigre, âgé de 6 mois. Il est propre, bien poudré, mais la poudre cache de très nombreuses ulcérations au niveau des deux fesses et de la jambe gauche, provenant probablement de trop longs séjours dans les langes souillés d'urine. Il n'y a pas trace de violences.

La surface antérieure des poumons est rosée; le poumon droit adhère au niveau de la ligne axillaire et à sa partie postérieure, mais se détache facilement. Les deux poumons sont très congestionnés aux bases, où ils présentent de multiples petits nodules blanchâtres à la surface et dans le parenchyme. Il s'agit de foyers de bronchopneumonie.

Les fragments des foyers pneumoniques ne flottent pas. Le reste des organes paraît normal.

L'examen microscopique des poumons montre une énorme congestion des capillaires, des alvéoles remplies de cellules desquamées et d'amas leucocytaires, et des bronches également remplies de pus.

Cas 5510/34: (pneumopathie)

L'enfant mâle, âgé de 34 jours, pèse 2900 gr. et mesure 52 cm. Il est maigre, la peau est ridée et flasque, surtout au cou et sur le tronc. La région génitale est rougeâtre et présente des excoriations et des érosions par macération. Pas trace de violences. Les poumons, de consistance augmentée, adhèrent sur toute la surface par des adhérences friables et fibrineuses. Il y a en outre de petits foyers purulents disséminés dans les poumons et du muco-pus dans les grosses bronches. Des fragments prélevés dans les 5 lobes des poumons ont une docimasia négative.

Le coeur présente une péricardite avec augmentation du liquide, et une dilatation considérable du ventricule droit qui contient de gros caillots. L'épicarde est hypérémié. Les valvules mitrales et tricuspides paraissent le siège d'un processus endocarditique récent; leur bord est granuleux, piqueté de rouge. L'aorte n'est pas altérée. Les autres organes ne présentent rien de particulier.

En résumé, l'enfant est mort des suites d'une double pneumonie aiguë extrêmement étendue avec début d'endocardite.

Cas 7120/46: (malformation cardiaque)

L'examen extérieur montre un enfant de sexe féminin, un peu maigre, mais bien constitué. Taille 53 cm., poids 3600 gr. Il est âgé de 22 jours et présente une cyanose du front et du côté gauche de la tête. Les organes génitaux sont très congestionnés et oedématisés. Les yeux sont très enfoncés. Aucune trace de violences.

A l'autopsie on retire environ une cuillerée de liquide séro-sanguinolent dans les 4 cavités pleurales, péricardique et péritonéale.

La surface du poumon droit est violette; la coupe montre un tissu ferme avec des vaisseaux très congestionnés, sans foyers inflammatoires. Pas d'adénopathies hilaires; les bronches, les veines et les artères ne montrent rien de spécial.

Le poumon gauche présente une surface plus claire que le droit avec une zone nettement plus rouge et bien délimitée à la base du lobe supérieur.

Le coeur, de 50 gr., a la pointe formée par les 2 ventricules. Il y a une grosse hypertrophie de la partie infundibulaire du ventricule droit; l'épaisseur de la paroi y est de 5 mm. et plus, même 10 mm. sur la face latérale. Il y a une hypertrophie et dilatation de l'oreillette droite, avec absence de cloison interauriculaire.

L'oreillette gauche est très petite. On note un rétrécissement mitral. Le ventricule gauche est petit, sa paroi est épaisse; il conduit dans un anneau aortique sans valvules (elles sont remplacées par un simple bourrelet conjonctif).

Sur l'abdomen on trouve un oedème hémorragique par endroits.

Le mésentère présente une vingtaine de petits ganglions de la dimension d'un grain de riz. On note une congestion violacée à la face antérieure de l'utérus.

Toute la galea a un aspect gélatineux. La tente du cervelet délimite un très large trou ovalaire par lequel passe le vermis.

Les autres organes sont normaux.

Les coupes histologiques des poumons montrent des parois alvéolaires épaisses, très congestionnées par place, sans aucun signe d'inflammation. Les valvules du coeur sont constituées par un tissu hyalin lardacé, avec des cellules éparses sans type spécial de répartition, et sans signe d'inflammation aiguë. Au niveau des reins, on trouve une congestion des pyramides et quelques microhémorragies.

En résumé, il s'agit d'une grosse anomalie du coeur avec rétrécissement de la valvule mitrale, du ventricule gauche et de l'origine de l'aorte, et au contraire grosse dilatation du ventricule et de l'oreillette droites, avec absence de cloison entre les deux oreillettes.

Nous n'avons pas noté des morts naturelles par status thymo-lymphatique avant 1 an, tandis que l'Institut a autopsié plusieurs cas de ce genre après 1 an.

b) Morts suspectes de violences involontaires ou volontaires

Cas 5451/42: (enfant ayant glissé accidentellement d'une chaise de bébé)

Il s'agit d'un enfant âgé de 11 mois qui a été trouvé mort sur une chaise haute d'enfant, fermée par une tablette.

L'enfant, le dos retourné en avant, avait glissé du siège et a été retenu par la tête qui n'avait pas pu passer entre le siège et la tablette.

A l'examen on trouve des traces de pression sur la région buccale et nasale. Il n'y a pas eu d'autopsie.

On peut discuter 2 hypothèses: celle d'une mort subite au cours de laquelle l'enfant aurait glissé, ou celle d'une glissade que des mouvements malencontreux de l'enfant auraient provoquée, et qui se serait terminée par une asphyxie mortelle.

Nous pensons qu'il s'agit là d'un accident vu que le dos était tourné vers l'avant du siège. L'enfant a dû d'abord se tourner puis glisser et s'étouffer.

Nous avons un cas d'un enfant qui a succombé des suites de brûlures étendues dans la région fessière et du haut des cuisses, provoquées par une cruche. (4808/27).

c) Morts par violences volontaires avérées

Il n'y a presque pas de morts par violences volontaires entre 8 jours et 1 an.

Nous n'avons relevé que celui d'un enfant mort d'étouffement par tampon d'ouate enfoncé dans le pharynx (8101/52).

RESUME ET CONCLUSIONS

- 1) Au début nous avons rappelé brièvement les causes de mort les plus fréquentes des foetus et des nouveau-nés.
Il faut, surtout au point de vue médico-légal, distinguer les causes de morts naturelles, de morts par violences involontaires et violences volontaires. Ensuite nous avons rappelé les diverses méthodes d'examens à utiliser.
- 2) Nous avons étudié 155 dossiers de foetus ou nouveau-nés apportés à l'Institut de Médecine Légale de Genève de 1926 à 1956.
Nous avons réparti nos 155 cas en 5 groupes:
 - I. Foetus non viables de 6 mois et au-dessous (46 cas)
 - II. Foetus entre 6 et 8 mois (35 cas)
 - III. Foetus près du terme ou à terme n'ayant pas respiré (31 cas)
 - IV. Enfants près du terme ou à terme ayant respiré moins de 8 jours (37 cas)
 - V. Enfants ayant respiré plus de 8 jours et jusqu'à 1 an (6 cas).
- 3) Parmi les cas de mort par violences involontaires nous donnons quelques détails sur 4 cas d'accouchement par surprise, quelques cas de dystocie sans intervention de médecin, quelques cas d'omissions de soins, un enfant étouffé par glissade d'une chaise de bébé. Nous n'avons aucun cas de mort par faute de tiers au cours des couches.
- 4) Parmi les morts par violences volontaires avérées nous mentionnons un avortement avec embryotomie et énorme perforation de la matrice, un cas d'égorgement et de dépeçage où les 2 jambes et le placenta ont été seuls retrouvés.
Le cas exceptionnel d'une jeune fille qui s'est tiré un coup de fusil dans le ventre pour éliminer sa grossesse, le cas d'un enfant brûlé dans un fourneau alors qu'il était peut-être encore en vie.

B I B L I O G R A P H I E

1. Arey J.B. and Dent J. - Causes of foetal and neonatal death with special reference to pulmonary and inflammatory lesions.
J. Pediat. 1953, 42, 1 et 205.
2. Benner M.C. - Congenital infections of the lungs, middle ears and nasal accessory sinuses. Arch. Pathol. 1940, 29, 455.
3. Blanc W. - Pathologie foetale (Institut de Pathologie de Genève)
à paraître.
4. Brindeau - Ecchymoses spontanées sur la face d'un foetus né en
siège décomplété mode des fesses. Ann. méd. lég. 1935, XI, 457.
5. Cruickshank J.N. - The causes of neonatal death.
Medical research Council London, 1930.
6. Dérobert M.L. - Infanticide par immersion. Ann. méd. lég. 1956,
XXXVI, 273.
7. Fabre M.M. et Jarricot - Sur l'emploi de la radiographie pour déter-
miner si un enfant nouveau-né déclaré mort-né a vécu ou non.
Bulletin de la soc. obstet. de Paris - 1908.
8. Farber S. and Sweet - Amniotic sac contents in the lungs of infants.
Am. J. Dis. Child. 1931, 42, 1372.
9. Foerster - Recherches microscopiques sur les alvéoles pulmonaires
en cas de combustion. Deut. Zeitsch. Vol. 23/5 p. 281.
10. Gold E.M. - Perinatal mortality. J.A.M.A. - 1955, 159, 244.
11. Hiess V. - Le souvenir le plus impressionnant de ma carrière.
Symposium Ciba, 1955, 3, 163.
12. Hammond J.W. - Autopsy findings in stillbirths and neonatal death.
Arch. Pediat. 1939, 56, 46.
13. Laude P. - De l'infanticide par fracture du crâne.
Rev. de méd. lég. - 1913.
14. Lelong M., Laumonnier R. et Tan Vinh - La signification des membra-
nes hyalines chez les nouveau-nés. Etudes néo-natales 1953,
2, 3.
15. Mac Grégor A.R. - The causes of foetal and neonatal death.
Edinburg Med. J. 1945, 50, 332.

16. Marmetsche - Ungewöhnliche Verletzungen bei Kindesmord.
Viert. f. ger. méd. Bd. 42, 1911.
17. Martin E. et Naville F. - Revue générale des différentes méthodes de docimasie pulmonaire. Extrait des Ann. de Méd. lég. 1926, 1 et 2.
18. Pfaundler M. - Studien über Fröhntod, geschlechtsverhältnis und selektion. III Mitterlung. Ztschr. Kinderh. 1941, 62, 351.
19. Potter E. - Pathologie of the foetus and the new born. Chicago, Year Book Publishers, 1952.
20. Quinet L. et Dumont J. - Fausses couches ou infanticides.
Archives Belges de Médecine Sociale et Hygiène, Mai 1948.
21. Robin P. - Etudes médico-légales des accouchements par surprise.
Le Puy, Peyriller, Rouchon et Gamon, 1924.
22. Rohmer P. et al. - Recherches cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques sur la mortalité néonatale.
Arch. Franç. Pédiat. 1954, 11, 1-46.
23. Smith C.A. - Pratiques obstétricales et pédiatriques influençant la mortalité des nouveau-nés. Arch. Franç. Pédiat. 1952, 8, 349.
24. Sorba M. - Etudes de pathologie foetale et néonatale.
Rouge et Cie, Lausanne, 1948.
25. Turpin R., Duchêne H. - De l'influence sur les caractères physiopathologiques de l'enfant etc... Rapport au XII^e Congrès des Pédiatres de Langue Française, Alger 1951.
26. Vasilis T. et Meller O. - La dokymographie pulmonaire. Ann. Méd. Lég. 1938, 279.
27. Wallgreen A. - The neonatal mortality in Sweden, from a pediatric point of view. Acta Paediat. Scandinav. 1941, 29, 372.
28. Wilson J.L. and Farber S. - Pathogenesis of atelectasis of the new-born. Am. J. Dis. Child. 1933, 46, 590.

